

Partnership for Children & Families

Aplicación NC Pre-K 24-25

www.pfcf.org/ncprek
ncprek@pfcf.org

(919) 774-9496
507 N Steele Street, Sanford



Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento	Sexo del Niño/a <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es este niño/a un gemelo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (DEBE marcar al menos una y todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿Es este niño/a un ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño/a un residente de NC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño/a de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Este niño/a está entrenado para ir al baño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma Principal Hablado en el Hogar	Idioma Secundario
¿En qué idioma le gustaría que se evaluará a su hijo/a, si corresponde?		

Dirección	Ciudad	Código postal	Condado
-----------	--------	---------------	---------

Indique la situación del domicilio familiar (marque todo lo que corresponda):

Permanente Con Familia/Amigos Refugio para Mujeres y Niños Maltratados Sin Hogar Refugio
 Viviendo en un Carro Hotel/Motel Carece de Dirección Permanente Durante la Noche Casa de Acogida

Con quién vive el niño/a:

Solo Padre Solo Madre Ambos Padres Padre/Madre y Padrastro/Madrastra Abuelo(s) Tutor legal
 Custodio Legal Padre(s) Adoptivo/a(s) Proveedor Familiar

Si el menor vive con el Tutor/Custodio Legal, es el adulto: Pariente Consanguíneo No Pariente

SOLAMENTE NECESITAMOS LA INFORMACIÓN SI VIVE CON EL NIÑO/A DE PRE-K

Primer Nombre	Apellido	Relación con el Niño/a de Pre-K	Fecha de Nacimiento
1.		Niño/a de Pre-K	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Tamaño de la Familia: _____

SOLAMENTE NECESITAMOS LA INFORMACIÓN SI VIVE CON EL NIÑO/A DE PRE-K

Contacto Primario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Contacto Primario: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la Padre / Padrastro / Cuidador Legal:	Nombre del Madre / Madrastra / Cuidador Legal:
Relación con el Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Proveedor Familiar	Relacion con el Niño/a: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal <input type="checkbox"/> Custodio Legal <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Proveedora Familiar
Número de Teléfono Primario:	Número de Teléfono Primario:
Número de Teléfono Secundario:	Número de Teléfono Secundario:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleado en: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste Clases de Educación Continua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistiendo Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Amo de Casa	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleada en: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Buscando Empleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asiste Clases de Educación Continua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistiendo Capacitación Laboral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ama de Casa
Declaración de Ningún Ingreso Completar si está Desempleado YO, _____, certifico que como padre/cuidadora legal, tengo cero ingresos al momento de la aplicación. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión.	Declaración de Ningún Ingreso Completar si está Desempleado YO, _____, certifico que como madre/cuidador legal, tengo cero ingresos al momento de la solicitud. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta y se informó con precisión.
_____ Firma del Padre/Cuidadora Legal Fecha de Hoy	_____ Firma del Madre/Cuidador Legal Fecha de hoy
¿Tiene el niño/a una condición de salud crónica o un problema de salud importante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique (debe de proveer documentos médicos):	¿Tiene el niño/a una necesidad educativa o de desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique (debe proveedor documentos médicos):
¿Es el niño/a un dependiente militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, cuál: <input type="checkbox"/> Servicio activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Guardia Nacional	¿Alguno de los padres ha resultado gravemente herido o muerto mientras estaba en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colocación previa del niño/a en el momento de la aplicación: <input type="checkbox"/> El niño/a nunca ha sido atendido en ningún entorno preescolar o de cuidado infantil <input type="checkbox"/> El niño/a actualmente no recibe servicios (ahora está en casa, pero anteriormente ha estado en cuidado infantil u otro programa preescolar) <input type="checkbox"/> El niño/a está en una guardería no regulada <input type="checkbox"/> El niño/a está en un centro de una o dos estrellas <input type="checkbox"/> El niño/a no recibe Subsidio pero está en algún tipo de programa de cuidado infantil o preescolar regulado <input type="checkbox"/> El niño/a recibe Subsidio y está en algún tipo de cuidado infantil regulado o programa preescolar	
¿Está la familia actualmente inscrita en el Subsidio de Cuidado de Niños con DSS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está la familia actualmente inscrita en el Subsidio de Cuidado de Niños con nosotros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿El niño/a asiste actualmente a un programa de cuidado infantil, preescolar o de medio día? Sí No
 En caso afirmativo, nombre del programa: _____
 En caso afirmativo, ¿fue atendido el niño en el programa cuando tenía tres años? Sí No

¿Tiene su hijo/a un Plan de Educación Individual (IEP) activo? Sí No En Proceso

¿El niño/a ha tenido un examen físico en el último año?
 Sí | Fecha del examen: ____/____/____ No

¿El niño/a ha sido referido para una evaluación por una discapacidad o ha sido identificado? Sí No
 ¿Se conoce la fecha de referencia? Sí No
 Fecha de Referencia: _____

Discapacidad identificada: _____
 ¿Ha sido referido el niño/a para servicios relacionados con la discapacidad? N/A Sí No No sé

Si alguno de los siguientes se aplica al niño, por favor seleccione todos los que correspondan:
 Experimentando la falta de vivienda En cuidado de crianza Recibiendo servicios para refugiados Recibiendo asistencia pública (cualquiera de los siguientes: WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Servicios de Alimentación y Nutrición (Food Stamps), SNAP).

Comentarios : _____

Si hay factores agravantes en el hogar del niño/a o cerca del niño/a, seleccione todos los que correspondan:
 Abuso de sustancias Preocupación por la salud mental Preocupación por la salud física

Comentarios: _____

¿Ha fallecido recientemente alguien cercano al niño/a? Sí | Relacion hacía el niño/a: _____
 No

¿Hay alguien cercano al niño/a encarcelado? Sí | Relacion hacía el niño/a: _____
 No

Preferencia de Sitio de NC Pre-K

- ¿Cuál es su preferencia de sitio? Por favor clasifique en orden de ubicación preferida. El número 1 es el más preferido...
- Cada sitio DEBE tener un número DIFERENTE del 1 al 7. Si no se ha seleccionado ninguna preferencia de sitio, su hijo/a será colocado en el sitio de NC Pre-K más cercano según la dirección proporcionada y la disponibilidad.
- Si bien nos esforzaremos por ubicar a su hijo/a en su sitio deseado "Número 1", la preferencia de ubicación no está garantizada.
- Por favor comprenda que su hijo/a puede ser colocado en una lista de espera y sitios sujetos a cambios.

Orden	Sitio	Dirección	Número de Teléfono	Posible Transporte	Cuidado Después de Pre-K
	Alexandria's Angels Daycare	531 Cox Maddox Road	(919) 842-9109	Sí	Si
	Childcare Network	1309 Washington Ave	(919) 775-3885	No	Sí
	Education Station	1618 Deep River Road	(919) 292-6404	No	Si
	Estelle's Day Care II	3009 Cameron Drive	(919) 718-6705	No	Sí
	Kiddie Land Day Care	912 Broadway Road	(919) 774-1184	No	Sí
	Shooting Stars Learning Center	152 Charlotte Ave	(919) 776-0190	No	Sí
	Warren Williams CDC	901 Lawrence Street	(919) 774-3458	Sí	No

Motivo(s) de su primera (1) preferencia:
 Marque todo lo que corresponda, esto nos ayudará a satisfacer mejor las necesidades de su familia (siéntase libre de agregar cualquier comentario o información adicional que le gustaría que consideramos)

<input type="checkbox"/> Cerca de mi trabajo o del trabajo de un pariente	<input type="checkbox"/> Puedo organizar el transporte	<input type="checkbox"/> Hermano(s) asiste(en) a este sitio
<input type="checkbox"/> Distancia a pie	<input type="checkbox"/> Se ofrece cuidado antes/después de la escuela	Otro: _____

RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

Esta solicitud se lleva a cabo para determinar la elegibilidad de su hijo/a para el programa NC Pre-K que se está implementando en el condado de Lee. Escriba sus iniciales debajo de "Acuerdo" o "No estoy de acuerdo"

Acuerdo	No estoy de acuerdo	La información recopilada hoy formará parte de la base de datos de NC Pre-K y se utilizará para confirmar la elegibilidad, seleccionar participantes, ubicarlos en la clase apropiada y monitorear su progreso a lo largo del programa.
		Consentimiento para la divulgación e intercambio de información La información en este formulario se puede usar para determinar la elegibilidad para el Programa de NC Pre-K administrado por Partnership for Children & Families. Al ser aceptado en el programa, acepto que toda la información provista en este documento puede usarse con fines de investigación y compartirse con otras agencias que colaboran con el programa NC Pre-K, tales como: escuelas del Condado de Lee, Departamento de Servicios Sociales, etc. Entiendo esta información no se compartirá por ningún otro motivo que no sea para apoyar la participación de mi hijo/a en el programa NC Pre-K.
		Renuncia y Liberación de Consentimiento de Medios Doy permiso a Partnership for Children & Families y otras entidades de medios de comunicación para preparar, reproducir, publicar o exhibir mi imagen, retrato o imagen o la de mi hijo/a para que los utilicen los medios de comunicación o la asociación en sus noticias y conciencia pública de sus programas. Cualquier fotografía, dibujo u otro material gráfico ilustrativo, cinta audiovisual o ilustraciones audiovisuales, noticias, historias o artículos pueden utilizarse sin mi examen previo del producto terminado.
		Permiso para Administrar Evaluaciones Entiendo que si mi hijo/a está inscrito, también puede ser evaluado para determinar la elegibilidad para otros servicios que lo ayudarán a prepararse para el Kindergarten. Como participante en el programa NC Pre-K en el Condado de Lee, mi hijo/a puede recibir un examen de la vista, un examen del habla/lenguaje, un examen de audición y un examen de desarrollo para determinar si necesita ayuda en estas áreas de desarrollo antes de ingresar a Kindergarten. Estos exámenes serán realizados por varios médicos aprobados y autorizados por Partnership for Children & Families sin costo alguno para mí. Si se determina que mi hijo/a necesita una evaluación adicional como resultado de un examen, me contactarán para programar una cita para una consulta adicional.
		Evaluación de Salud Se requiere que una evaluación de salud esté archivada en el sitio de NC Pre-K dentro de los 30 días posteriores al ingreso del niño/a al programa NC Pre-K y debe haberse realizado dentro de los 12 meses posteriores al ingreso al programa. Si la evaluación de salud no se completa dentro de los 30 días, mi hijo/a puede perder su ubicación en NC Pre-K.
		Horas de Operación y Asistencia Entiendo que NC Pre-K es un programa diario de 6 horas y media, 5 días a la semana y los niños/as deben asistir regularmente durante todo el día. Entiendo que mi hijo/a debe asistir al menos el 50% de los días operativos cada mes o mi hijo/a puede ser expulsado del programa.
		Transporte Entiendo que soy responsable de proporcionar el transporte.
		Cuidado Después del Horario Pre-K A las familias se les cobrará el costo de los servicios integrales por cualquier cuidado solicitado antes o después del día escolar regular, durante las vacaciones o durante los meses de verano. Entiendo que soy responsable de cualquier tarifa cobrada por este servicio por el sitio de NC Pre-K de mi ubicación.
		Acuerdo de Participación de los Padres Entiendo que si mi hijo/a es seleccionado para participar en el Programa de NC Pre-K, la participación de los padres será fundamental para el éxito de mi hijo/a. Yo/nosotros nos comprometemos a participar según lo requieran los criterios de NC Pre-K. Como padre participante en el Programa NC Pre-K, entiendo y acepto lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener informado al personal del sitio de NC Pre-K de mi hijo/a sobre toda la información necesaria para mantener actualizado el registro de mi hijo/a. • Participar en visitas domiciliarias en las que el maestro de clase de NC Pre-K de mi hijo/a puede venir a mi casa para hablar sobre las necesidades de mi hijo/a y mi familia/discutir las metas de mi hijo/a y la preparación para el jardín de infantes (solo sitios participantes). • Participar en las actividades del salón de clases, conferencias de padres/maestros y comunicarme con el maestro de mi hijo/a regularmente sobre su progreso. • Comunicarse con todos los maestros de NC Pre-K, otros miembros del personal y otros padres de manera respetuosa. • Cumplir con todas las políticas del centro o la escuela con respecto a la inscripción de mi hijo/a en un sitio de NC Pre-K. • Informar al maestro de mi hijo/a o al director del centro si espero retirar a mi hijo/a del salón de clases de NC Pre-K y cuándo. • Participar en actividades de transición a Kindergarten y talleres para padres (p. ej., evaluación de Kindergarten, registro, jornada de puertas abiertas, etc)

¿Cómo se enteró de este programa?

- Búsqueda de Google
- Periódico
- Facebook
- Instagram
- Sitio web
- Familia
- Amigo
- Iglesia
- Correo Electrónico
- Evento Comunitario
- Cuidado de Niños Actual
- DSS
- Sistema escolar
- Otro:

- Se le notificará el estado de la aplicación de su hijo/a dentro de un mes de completarla.
- Las aplicaciones completas entre **las fechas de 12 de Febrero al 6 de Mayo** se considerarán en la primera ronda de colocaciones el **10 de Junio**.
- Las cartas con la información de colocación se enviarán por correo a las familias el día **de Junio 10**.
- Las aplicaciones completas entre **las fechas de 7 de Mayo al 12 de Julio** se considerarán en la segunda ronda de colocaciones el **22 de Julio**.
- Las cartas con la información de colocación se enviarán por correo a las familias el día **de Julio 22**.
- La escuela comenzará el **de Agosto** de este año, por lo que después de esa segunda ronda solo colocaremos semanalmente a medida que lleguen las aplicaciones.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL

Certifico que soy el padre/tutor legal del niño/a cuyo nombre aparece en esta solicitud. Certifico que toda la información contenida en esta solicitud es precisa y completa a mi leal saber y entender, incluida la información sobre ingresos. Entiendo que esta es solo una solicitud para una posible inscripción y se me notificará si mi hijo/a es aceptado.

Imprimir Nombre:

Firma:

Fecha:

SÓLO PARA USO DE OFICINA

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- ___ Aplicación Completa (firmada y fechada)
- ___ Acta de Nacimiento
- ___ Comprobante de Ingresos
- ___ Ingreso Adicional
- ___ Verificación de Domicilio

SI CORRESPONDE, PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

- ___ Documentación Legal de Tutela o Custodia
- ___ Documentación de Discapacidad
- ___ Documentación de Condición de Salud Crónica
- ___ Documentación de Necesidad de Desarrollo
- ___ Documentación de Necesidad Educativa
- ___ Documentación de IEP
- ___ Documentación de Militar (LES)
- ___ Carta de Concesión de Discapacidad del VA
- ___ Justificante de haber recibido (WIC, Vivienda Pública, TANF/Work First, Medicaid, SSI, Alimentos y Nutrición (Food Stamps), SNAP
- ___ Documentación de servicios para personas sin hogar y/o refugiados (por ejemplo, carta del albergue, desahucio, Ejército de Salvación, Centro de Navegación, Family Promise, Servicios Sociales, Haven, Mission Outreach, Hispanic Liaison/ El Vínculo Hispano o Consulado del país de origen).

Aplicación Recibida Por: _____ Fecha: _____/_____/_____

Aplicación Revisada Por: _____ Fecha: ____/____/____